

ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА (СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)

Козловская В.В

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Введение. Гранулема лица (эозинофильная гранулема – L92.2) – редкий хронический дерматоз, проявляющийся единичными или множественными папулами или бляшками коричневатой окраски на лице. Заболевание хроническое и длится от нескольких месяцев до восьми лет.

Заболевание как самостоятельная единица впервые описано Lever W.F. в 1950 году. В том же году Линкус предложил термин «гранулема лица» [1].

Несмотря на то, что заболевание хорошо известно дерматологам, клиническая диагностика его часто затруднена, поскольку гистологическое исследование кожи доступно не во всех клиниках, а клиническая картина заболевания весьма разнообразна.

Этиология заболевания неизвестна. Некоторые авторы считают, что

гранулема лица является поздней стадией лейкокластического васкулита, поскольку во многих биоптатах больных отмечаются отложения фибрина и «ядерная пыль» нейтрофилов. Гистологическая картина заболевания соответствует таковой при возвышающейся стойкой эритеме, что позволяет некоторым авторам сделать вывод о сходной природе этих двух заболеваний [2]. Считается, что этот васкулит может быть результатом необычной реакции на укусы насекомых [3]. Несмотря на то, что в русскоязычной литературе заболевание классифицируется как «эозинофильный дерматоз», транзиторная эозинофилия крови отмечается лишь у некоторых больных, эозинофилы же обнаруживаются лишь при гистологическом исследовании кожи 50-60% пациентов [3].

Заболевание начинается в среднем в 45 лет, мужчины болеют чаще. Заболевание напоминает другие дерматозы – саркоидоз, дискоидную и опухолевидную красную волчанку, фиксированную эритему, лимфомы кожи, и часто диагностируется неверно. На сегодняшний день наибольшую группу больных гранулемой лица – 66 пациентов - описал Nicolas Ortonne и соавт. (2005). По данным авторов из 66 случаев гранулемы лица правильный диагноз при первичном клиническом осмотре был выявлен только у 10 пациентов [2]. Несмотря на то, что высыпания чаще локализуются на лице, зафиксированы и случаи экстрафациального расположения элементов (волосистая часть головы, спина).

Высыпания при гранулеме лица представлены возвышающимися папулами или бляшками мягкой консистенции размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Цвет бляшек бордовый или слегка коричневатый. На солнце бляшки могут приобретать более темный оттенок. Характерными признаками является зияние фолликулов в элементе (*peau d'orange*) и наличие телеангиоэктазий.

Классическими гистологическими критериями гранулемы лица являются: воспалительный инфильтрат средних или нижних отделов дермы, состоящий из плазмашитов, эозинофилов, нейтрофилов; «ядерная пыль» нейтрофилов; иногда – отложения фибрина в стенках сосудов, иногда – фиброз. Выраженность гистологических изменений зависит от стадии заболевания. Так, на ранних этапах преобладает поражение сосудов и воспалительный инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов (100%), нейтрофилов (93%), плазмашитов (70%). Эозинофилы не являются обязательным компонентом воспалительного инфильтрата, а встречаются лишь в 57,5% [2].

Материалы и методы. В Гомельском областном кожно-венерологическом диспансере за 2009 год диагноз «Эозинофильная гранулема (гранулема лица)» был выставлен четырем пациентам (3 женщины и 1 мужчина).

Всем пациентам до результатов гистологического обследования были выставлены многочисленные неверные диагнозы – саркоидоз, невус, базалиома, опухолевидная красная волчанка, лимфоцитарная инфильтрация Иеснера-Канофа. Возраст пациентов составил около 45 лет (минимальный возраст – 36 лет, максимальный – 50). У всех пациентов отмечались множественные поражения лица.

У трех пациентов количество высыпаний до 10, а у одного пациента – более 10. Клинически высыпания проявлялись выступающими над уровнем кожи четко очерченными элементами коричневатого цвета. Чаще всего размер

элементов был до 1,5 см, но у одной пациентки размер очага достиг 3 см в диаметре. Пациенты отмечали, что при солнечной инсоляции элементы темнеют. Слабовыраженный зуд отмечался лишь у одной пациентки.

Результаты и обсуждение. Всем пациентом проведено гистологическое исследование кожи лица. Во всех биоптатах выявлен воспалительный инфильтрат в глубоких слоях дермы. Верхний слой дермы оставался неизмененным в виде полоски. Основными клетками инфильтрата явились лимфоциты.

У двух пациентов в значительном количестве определялись эозинофилы и нейтрофилы, у остальных преобладали лимфоциты (Таблица 1).

Таблица 1 Характеристика пациентов с эозинофильной гранулемой

Пациенты	1	2	3	4
Пол	Ж	М	Ж	Ж
Возраст	43	41	50	36
К-во элементов	4	Более 10	2	4
Размеры очагов, см	До 3	До 1,5	До 1,5	До 1,5
Клеточный состав инфильтрата	Эозинофилы, нейтрофилы, лимфоциты	Эозинофилы, нейтрофилы, лимфоциты	Единичные нейтрофилы, лимфоциты	Лимфоциты

Терапия пациентам назначалась в зависимости от патоморфологических изменений.

При наличии эозинофилов или же большого количества нейтрофилов был назначен дапсон в дозе 100 мг ежедневно на 3 месяца и клобетазола пропионат наружно.

При незначительном содержании гранулоцитов и преобладании лимфоцитарного инфильтрата назначали только клобетазола пропионат и пимекролимус наружно по 1 разу в день в течение 3-4 месяцев.

У всех пациентов отмечалось клиническое улучшение. У одной пациентки, получавшей местную терапию в течение 2 месяцев была зарегистрирована ремиссия, но высыпания рецидивировали через 4 месяца.

Выводы. Таким образом, у пациентов с поражением лица необходимо исключать эозинофильную гранулему. Единственным методом диагностики является гистологическое исследование, которое позволяет правильно назначить терапию. Дапсон и сверхсильные местные кортикостеронды являются средствами выбора при лечении данной патологии.

Литература

1. Левер У Ф. Гистопатология кожи / У Ф. Левер М. «Медицина», 1958 – 529 с.
2. Granuloma faciale: a clinicopathologic study of 66 patients / N. Ortonne et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2005. – Vol. 53(6) – P 1002-1009.
3. Histologic diagnosis of inflammatory diseases: An algorithmic method based on pattern analysis / B. Ackerman et al. – NY: «Shribendi», 2005. – 522 p.